

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 1

DES

KYSTES UNILOCUAIRES SIMPLES DES MACHOIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Octobre 1899

PAR

Louis JEAN

Né à Sault-de-Vaucluse, le 19 août 1872

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE GENÈVE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (✱) ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

*Professeurs honoraire*s : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. LAPEYRE, <i>agrégé</i> .
ESTOR, <i>professeur</i> .	IMBERT, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage de tendresse filiale
et de profonde reconnaissance.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

J. LOUIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

J. LOUIS.

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales, qu'il nous soit permis d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux, professeurs et amis, qui, par leurs leçons, leurs conseils, nous ont aidé à atteindre ce but et préparé à accomplir dignement notre carrière.

Quelques-uns parmi eux ont droit à un témoignage particulier de notre part pour la bienveillance spéciale qu'ils ont montrée à notre égard pendant le cours de nos études à Lyon, à Genève et à Montpellier.

Nous pouvons d'abord remercier, à Lyon : MM. les docteurs Claude Martin, médecin dentiste de l'Hôtel-Dieu, et, F. V. Gaspard Guillot, médecin dentiste du dispensaire général, qui nous ont enseigné les éléments de dentisterie opératoire.

Nous avons puisé dans leur enseignement les principes de l'art dentaire, mais aussi et surtout cette idée que cet art, à l'avenir, ne devait plus être qu'une branche de la médecine et que le meilleur moyen de s'y préparer convenablement était de faire des études médicales complètes. Nous ne saurions trop les remercier.

M. Chazerand, dentiste, s'est à ce moment-là, chargé de nous apprendre la prothèse dentaire et s'est acquitté de cette tâche avec un dévouement que nous ne saurions trop apprécier.

Nous avons pu, aussi, pendant notre troisième année d'études à Lyon, suivre, un semestre durant, la clinique de laryngologie de M. Garel, médecin des hôpitaux. Il nous arrivera souvent dans notre pratique médicale des cas où nous aurons à nous servir de ses excellentes leçons.

A Genève, où nous avons assisté pendant un an aux cours de l'École dentaire et de l'Université, nous avons rencontré des professeurs qui se sont dévoués à perfectionner notre instruction. Tout en ne négligeant en rien le côté manuel, pratique, nécessaire aux dentistes, ils nous ont donné un remarquable enseignement médical théorique et clinique.

Il nous est agréable aujourd'hui d'offrir à MM. les professeurs Auguste Reverdin, Eternot, Jentzer, Redard et Métral, l'hommage de notre profonde et respectueuse gratitude.

A Montpellier, enfin, dernière étape de notre scolarité médicale, nous avons contracté une grande dette de reconnaissance à l'égard de tous les professeurs.

Nous n'avons eu qu'un court laps de temps à passer dans cette Faculté et encore une partie de ce temps était-elle prise par les exigences de notre emploi d'assistant chez un dentiste. Malgré cela, et grâce à la bienveillance de M. Berret, chez qui nous étions opérateur, nous avons pu suivre à peu près régulièrement les cliniques médicales et chirurgicales de l'Hôpital-Suburbain. Nous avons eu l'occasion de perfectionner là notre instruction médicale pratique, sous la haute direction de MM. les professeurs Grasset et Forgeu. Nous serons toujours un élève respectueux et reconnaissant.

M. le professeur Rodet nous a donné des marques d'intérêt et de sympathie que nous n'oublierons jamais. Merci à

M. le docteur Coste, ancien maire de Montpellier, qui nous a souvent aidé de ses excellents conseils.

Merci aussi à M. le professeur agrégé Raymond de la bienveillance qu'il a eue pour nous.

Nous conserverons enfin le meilleur souvenir de nos amis, les docteurs Jeanbreau, Calmettes, Espinouze, de Montpellier, et de M. le docteur Pont, ancien interne des hôpitaux de Lyon, à l'obligeance desquels nous avons eu souvent recours.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier, dans notre thèse inaugurale, les kystes uniloculaires simples des maxillaires.

Pour bien comprendre quelle est l'affection que nous désignons par cette dénomination, il nous paraît utile, au début de ce travail, de donner la classification actuelle des kystes des mâchoires.

Nous trouvons, dans l'épaisseur de ces os, plusieurs variétés de tumeurs liquides enkystées, qui toutes sont plus ou moins liées à l'évolution ou à la pathologie du système dentaire. Toutes nous paraissent naître de la même source : les débris paradentaires épithéliaux, que Malassez a si bien décrits. Elles ne se différencient les unes des autres que par la forme anatomo-pathologique qu'elles revêtent.

On les divise en :

Kystes dentifères ;

Kystes multiloculaires ;

Kystes uniloculaires.

Les kystes dentifères se rattachent à une période quelconque du développement des dents ; ils sont caractérisés par la présence dans leur paroi ou dans leur cavité de dents ou de grains contenant des cellules de la dentine ou de l'émail. Nous ne les décrirons pas dans ce travail.

Il en sera de même pour les kystes multiloculaires,

néoplasies à plusieurs loges, où l'élément kyste prédomine sur le stroma.

Nous consacrerons cette étude aux seuls kystes uniloculaires. Certains auteurs subdivisent cette dernière catégorie de kystes en radiculo-dentaires et en uniloculaires simples, suivant qu'ils sont en rapport direct ou non avec une racine dentaire. Cette distinction ne nous paraît pas justifiée. Au point de vue de leur anatomie macroscopique et microscopique, de leur pathogénie et de leur évolution clinique, ces deux variétés de kystes doivent être réunis en une description commune (Albarran). Nous décrirons donc, sous le nom de kystes uniloculaires, tous les kystes formés d'une seule loge et ne contenant ni dents ni rudiments de dents.

Nous présenterons, dans le cours de notre thèse, une observation que M. le professeur Forgue a bien voulu nous confier et qui nous a donné l'idée première de ce travail.

Nous y ajouterons plusieurs observations inédites et le résumé de quelques observations prises dans les ouvrages des divers auteurs qui, avant nous, se sont occupés de cette question.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES UNILOCULAIRES SIMPLES
DES MÂCHOIRES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis plus de deux siècles, l'on a fait paraître de nombreux et importants ouvrages sur les kystes des mâchoires.

Certains auteurs se sont occupés de la pathogénie de ces tumeurs ; d'autres, de leur thérapeutique ; d'autres, de leur symptomatologie. Diverses théories ont été émises à leur sujet, et ce n'est guère que de nos jours que cette question a été résolue d'une façon vraiment scientifique.

Étudions par quels tâtonnements et au moyen de quelles hypothèses ce résultat a pu être atteint.

Scultet, le premier, en 1654, nous parle de tumeurs liquides des mâchoires, « les chystes », comme il les appelle, qui, une fois ouvertes, laissent s'écouler « un liquide jaune comme miel ».

J.-L. Petit, en 1723, les mentionne quand il parle d'exostoses molles à l'intérieur des mâchoires.

Fauchard, le créateur de la chirurgie dentaire, en donne une description assez complète. Il rapporte plusieurs observations de tumeurs liquides dues à la carie des dents.

L'extraction de l'organe incriminé permettait l'issue du contenu par l'alvéole ouverte.

Runge, en 1750, admet aussi l'origine dentaire des kystes. Il met en lumière ce fait clinique : qu'« en pressant sur un point de la tumeur, l'enveloppe osseuse se déprime et revient sur elle-même, *cum sonitu quodam.* »

Le dentiste Jourdain, quelques années plus tard (en 1778), revient sur ce bruit ; il le compare à celui que l'on produit « en brisant des coquilles d'œufs entre ses doigts ». Il décrit des petits kystes trouvés appendus aux racines de certaines dents au moment de leur extraction. Bordeneve, Morelet, Cooper, Hackins, vers la même époque, rapportent des observations d'exostoses cartilagineuses molles, qui ne sont autre chose que des kystes.

Hunter en observe un cas et désigne son contenu sous le nom de lymphé coagulable.

Duval décrit ces kystes d'une façon assez satisfaisante ; il nous apprend que l'extrémité dénudée d'une racine baigne constamment dans le liquide kystique.

L'extraction de la dent cause de l'affection ne tarit pas toujours « la suppuration », qui peut durer longtemps après.

Delpech, en 1816, dans son *Précis des maladies réputées chirurgicales*, reprend l'étude des petits kystes appendus aux racines et extraits avec les dents qui les portent.

Il a vu certaines avulsions dentaires suivies « d'évacuation de liquides transparents, visqueux, semblables à de la

synovie épaisse ». Il signale la récurrence fréquente des kystes en cas de cicatrisation rapide des alvéoles.

Il émet, au point de vue pathogénique, l'hypothèse que les parois et le contenu du kyste sont formés aux dépens de la pulpe et de son cordon.

Boyer et, avec lui, Déday, voient la cause des kystes dans l'altération du bulbe dentaire.

Dupuytren trace le tableau clinique de l'affection. On lui attribue à tort la découverte du bruit auquel il donne le nom de « bruit de parchemin ».

En 1840, Forget, dans sa thèse inaugurale, rattache les kystes au système dentaire. Il les fait naître dans l'intérieur de l'alvéole, leur donne comme cause principale la carie des dents et les dénomme kystes alvéolo-dentaires.

Szokaski croit que la poche kystique se forme par soulèvement « du périoste dentaire, membrane à structure séro-fibreuse ».

Guibout, outre les kystes folliculaires, qu'il étudie surtout, nous signale des kystes non liés au système dentaire et dus à une « suractivité et à des perturbations de forme, de structure et de dimension des os ».

Duchaussoy, dans sa thèse de concours, s'applique à réfuter les idées de Delpech. Il reconnaît l'origine dentaire des kystes, qu'il localise dans les alvéoles et le tissu spongieux voisin.

Avec l'année 1860, nous voyons l'anatomie, l'anatomo-pathologie, l'embryologie, donner naissance à de nouvelles théories.

Pour Magitot et Robin, la cause constante des kystes est la carie dentaire et la périostite chronique qui lui est consécutive. Elles agissent en produisant le soulèvement du périoste par rétention du pus. Ce sont leurs kystes périostiques.

Cette théorie, dite théorie périostique, fut dès lors généralement admise.

Broca, se basant sur elle, dresse une classification des kystes restée classique jusqu'à ces dernières années.

MM. Barbat (1872), Aubéroist (1874), Chiron (1878), Aussenac (1885), se rangent aux conclusions de Magitot, en y apportant quelques légères modifications.

Le docteur Charcot (1881) fait paraître, dans les *Archives générales de médecine*, une étude clinique sur les kystes de la mâchoire supérieure. Dans cet article, il consacre de nombreuses lignes à la pathogénie ; il défend la théorie de Magitot, dont il se montre partisan convaincu. Il termine son travail par l'énoncé succinct d'une nouvelle théorie, la théorie épithéliale, qu'il a vu professer par Malassez. Il la donne comme une hypothèse ayant besoin de nouvelles recherches pour être contrôlée.

Le docteur Reclus, avant Charcot, avait esquissé cette théorie dans un mémoire publié dans le *Progrès Médical*.

En 1884, Nepveu et Malassez défendent contre Magitot la nouvelle théorie épithéliale (séance de la Société de Biologie).

L'année suivante, Malassez publie le résultat de ses recherches sur l'histogénie des débris paradentaires et leur rôle dans la production des affections des mâchoires.

Laforesterie, dans sa thèse, compare les deux théories et se déclare partisan de Magitot.

En 1887, Reclus et Kirmisson défendent les idées de Malassez (Société de Chirurgie, juin 1887).

Peu après, Malassez et Albarran reprennent la discussion (séance de novembre 1887, Société de Biologie).

A partir de cette époque, les partisans de la théorie épithéliale deviennent de plus en plus nombreux, surtout

après la publication, dans la *Revue de Chirurgie* (1888), d'un important article d'Albaran, sur la pathogénie des kystes des mâchoires. A l'heure actuelle, cette théorie tend à devenir classique et à se substituer complètement à celle de Magitot et à la théorie de l'enkystement d'Aguilhon de Sarran, qui n'a pas rallié beaucoup de partisans.

Bouvet, en 1891, essaye, dans sa thèse, de concilier les idées de Malassez avec celles de Magitot.

C'est là, nous le croyons, la dernière tentative en faveur de la théorie périostique.

Heydenreich, dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, la donne comme déduite scientifiquement de recherches positives et donnant une explication satisfaisante des faits observés. Aussi, ajoute-t-il, tend-elle à être généralement acceptée.

Dans notre thèse, l'observation que nous a confiée M. le professeur Forgue et celle empruntée à M. le docteur Kummer apportent un argument de plus en faveur de la doctrine de Malassez.

Dans notre historique, nous avons omis à dessein de parler des ouvrages publiés en Angleterre et en Allemagne sur les kystes des maxillaires.

En Angleterre, c'est la théorie d'Eve qui est généralement admise.

Aucun auteur anglais ne signale les travaux inspirés par les idées de Malassez.

Il en est de même en Allemagne (sauf Allgayer).

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes uniloculaires se présentent à nous sous des aspects bien différents suivant la période de développement où on les étudie.

Au début, ils sont contenus dans une cavité alvéolaire ou dans le tissu spongieux voisin. Ils constituent la majeure partie des petites tumeurs que l'on trouve appendues au voisinage du sommet des racines des dents extraites.

On leur donne, à ce moment-là, la dénomination d'appendiculaires.

En se développant, ces petites tumeurs finissent par se trouver à l'étroit dans l'alvéole, elles se creusent une loge dans les tissus environnants et peuvent atteindre un volume considérable. Ce sont alors les gros kystes alvéolo-dentaires de Forget, périostiques de Magitot, radiculaires d'Aguilhon de Sarrau, que l'on désigne actuellement sous le nom d'uniloculaires.

Nous décrivons les caractères anatomo-pathologiques de ces tumeurs à ces deux stades de leur évolution.

Les petits kystes ont la forme de poches, d'un volume variant de celui d'une tête d'épingle renversée à celui d'une noisette. Ils sont en rapport direct avec la dent qui

les porte ou bien lui sont reliés par un pédicule plus ou moins long.

Ils naissent toujours de la portion profonde du ligament alvéolo-dentaire.

Dans les cas où le kyste est en rapport direct avec une racine, sa paroi se continue avec le ligament. Une portion plus ou moins considérable de racine baigne dans la cavité kystique.

La paroi est, au contraire, parfois complète; la tumeur n'affecte alors avec la dent qu'un rapport médiateur; une couche de tissu ligamenteux est interposée.

Le pédicule, lorsqu'il existe, a toujours son extrémité dentaire en rapport avec le ligament.

Ces petits kystes possèdent des parois très épaisses, constituant à elles seules presque toute la tumeur.

La cavité est de très faibles dimensions; dans certains cas elle est comblée par des fongosités issues des parois; le kyste est alors de consistance élastique, glissant facilement sous les doigts.

La cavité, lorsqu'elle existe, contient une petite quantité de liquide séreux ou séro-purulent.

Ces petits kystes ne trahissent leur existence par aucune déformation extérieure.

Il n'en est plus de même lorsqu'ils se sont accrus; ils dépassent alors les limites de l'alvéole et viennent faire saillie dans le sillon gingivo-labial au-dessus du point qui correspond à l'apex de la racine.

Leur volume peut devenir considérable; il ne dépasse pas, en général, celui d'une noix. Il peut, dans certains cas, avoir des dimensions plus grandes, Dupuytren en a signalé un gros comme une tête d'enfant.

Ils sont obligés, en s'accroissant, de se creuser une loge dans les tissus voisins de l'alvéole; dans l'os lui-

même, ils occasionnent des déformations et des désordres parfois très importants. Ils procèdent par ostéite destructive.

Au maxillaire inférieur, le kyste écarte les deux tables de l'os, il proémine, en général, du côté externe. La destruction osseuse peut être très considérable; le kyste arrive souvent en rapport immédiat avec le tissu sous-muqueux. Dans un cas que nous a rapporté M. Schwartz, de Nîmes, cas dû à une canine inférieure gauche, la tumeur, du volume d'un œuf, accessible, à la fois, du côté gingivo-labial et gingivo-buccal, avait produit une échancrure qui atteignait presque le bord inférieur de l'os.

Le maxillaire semblait devoir se fracturer sous un faible choc.

Parfois, la destruction osseuse se fait du côté du canal dentaire, qu'elle peut même ouvrir; en général, la paroi en est simplement refoulée.

A la mâchoire supérieure, le kyste use la lame externe du maxillaire, et s'étend surtout du côté de la joue. Le sinus est souvent envahi. Ici encore, les parois de cette cavité sont plus rarement détruites que refoulées.

Les kystes assez développés possèdent une membrane enveloppante souple, mince, adhérant peu aux parties molles, fortement, au contraire, au tissu osseux; sa surface intérieure paraît lisse.

La structure de ces kystes varie peu, qu'elle soit étudiée lorsque la tumeur est encore toute petite ou lorsqu'elle s'est développée.

Malassez a magistralement décrit la constitution anatomique des petits kystes; Albarran s'est surtout occupé de celle des gros kystes. Nous reproduisons ci-après les pages que ces deux auteurs ont consacrées à cette question.

I. *Structure des petits kystes* (Malassez).

II. *Structure des gros kystes* (Albarran).

Les couches externes sont, en majeure partie, constituées par des lamelles fibreuses disposées parallèlement à la surface de la tumeur. et qui, au niveau de leur insertion sur la dent, se confondent avec le ligament alvéolo-dentaire. Les couches les plus internes sont, au contraire, plus riches en éléments cellulaires, en petites cellules, rondes surtout, lesquelles sont généralement disposées en foyers plus ou moins volumineux ; les faisceaux fibreux sont plus rares et à l'état de travées ; parfois ils sont remplacés par une substance amorphe, muqueuse. En sorte que la paroi, fibreuse en dehors, est, en dedans, plus ou moins sarcomateuse ou myxomateuse ; elle végète, d'ailleurs, dans la cavité kystique, sous forme de bourgeons de même nature.

La cavité kystique est tapissée, sauf toujours au niveau de la dent, par un revêtement épithélial. Celui-ci, plus mince en général à la surface des végétations, forme entre elles, dans leurs angles de séparation, des amas parfois assez considérables. On le voit souvent se continuer avec de longs prolongements qui s'enfoncent dans l'épaisseur de la paroi, prolongements généralement cylindriques, formant parfois des ramifications, des anses et, en raison de leur siège, de leur longueur, de leur forme, il n'est plus possible de les considérer comme de simples espaces interpapillaires remplis d'épithélium, mais plutôt comme de véritables cordons épithéliaux.

La structure de ces revêtements, enfoncements et cordons épithéliaux est très intéressante. Commençons par les cordons. Dans certaines de leurs parties, ils ressemblent exactement aux masses épithéliales pleines que nous

venons de décrire dans les fongosités radiculo-dentaires ; c'est-à-dire qu'ils sont composés de cellules polyédriques ou allongées, sans caractère spécial bien tranché, ou montrant de courts filaments d'union peu distincts. En d'autres points, au contraire, on voit les cellules qui les composent se séparer peu les unes des autres, présenter entre elles des filaments d'union très nets, prendre, en un mot, le type malpighien d'une façon très accusée. Au voisinage de la cavité kystique et dans les masses épithéliales comprises entre les végétations et à leur base, cette disposition s'exagère ; les espaces intercellulaires deviennent beaucoup plus considérables, les cellules sont presque étoilées et s'anastomosent par de longs prolongements ; bref, elles se rapprochent du type adamantin et ressemblent à celles qui, dans l'organe de l'émail, établissent le passage entre les cellules périphériques et les cellules centrales si caractéristiques. Parfois aussi, on rencontre dans les espaces intercellulaires, une plus ou moins grande quantité de globules blancs, phénomène que nous avons déjà constaté dans la gingivite explosive.

L'épithélium qui tapisse la surface interne des kystes et se continue avec les enfoncements et cordons épithéliaux sus-décrits, présente, en général, plusieurs couches ; les plus profondes sont constituées, comme les enfoncements et les cordons, par des cellules plates qui, vues de profil, ont un peu l'aspect de cellules cornées, mais qui, vues de face, présentent, comme les plus profondes, des prolongements anastomotiques ou filaments d'union, ce sont des cellules profondes simplement aplaties. En d'autres points, au niveau des végétations, par exemple, le revêtement épithélial est réduit à une cornée, mais ayant toujours conservé son caractère malpighien. Quand il n'y a qu'une seule couche de cellules et que celles-ci sont très

aplaties, elles peuvent, d'ailleurs, avoir été entraînées dans des manœuvres de préparations. C'est probablement ce qui sera arrivé à Eve, qui dit n'avoir pas constaté de revêtement épithélial dans les kystes périostiques.

Les grands kystes uniloculaires n'ont pas été étudiés histologiquement par les auteurs. Dernièrement, nous avons décrit la paroi de ces kystes et on trouvera, à la fin de ce travail, une nouvelle observation, que nous avons pu étudier, grâce à la bienveillance de M. Lucas-Championnière et de notre ami, M. Dagron.

Il résulte, de l'étude de ces deux pièces, qu'il existe la plus grande analogie entre la structure des gros kystes et celle des kystes appendiculaires, ce qui nous a permis de réunir ces deux variétés dans un seul chapitre.

La paroi de ces kystes est formée par un tissu conjonctif formé de lamelles disposées parallèlement à la surface; en se rapprochant de la cavité kystique, ce tissu devient tantôt simplement embryonnaire, tantôt myxomateux. La paroi est parcourue par de nombreux vaisseaux qui, dans une de nos pièces, formaient un fin réseau capillaire situé dans la partie myxomateuse de la paroi, au-dessous de la mince couche épithéliale du revêtement. Cette disposition explique le contenu hématique de certains kystes, ce qui était le cas dans l'observation que nous venons de citer.

La bordure est très mince, mais on reconnaît sans peine qu'elle est partout continue; elle tapisse toute l'étendue des mamelons papilliformes de la couche précédente et s'insinue dans les dépressions qui les séparent.

Dans un de nos deux cas on voyait, par places, trois couches de cellules épithéliales: la première couche, en contact direct avec le tissu embryonnaire, était formée par des cellules se rapprochant de la forme cubique; plus en

dedans, les cellules épithéliales présentaient le type épithélial adamantin étoilé, et celles qui limitaient la cavité, avaient pris, par pression réciproque, une forme aplatie parallèlement à la surface, sans revêtir pour cela le type corné.

Dans certaines parties de cette pièce, là où la bordure épithéliale était très mince, nous avons vu que toutes les cellules présentaient une forme aplatie qui, dans les coupes, leur donne souvent une apparence fusiforme.

Cette disposition était bien plus marquée dans notre seconde pièce et ce n'est que par places que nous avons pu reconnaître la forme étoilée des cellules, en nous servant du sérum iodé et de l'alcool au tiers pour pratiquer la dissociation des éléments cellulaires.

On comprend que ces différences tiennent simplement à la pression plus ou moins forte déterminée par le liquide.

Dans une pièce, nous avons trouvé des bourgeons épithéliaux s'enfonçant dans la paroi de la poche kystique et présentant une structure semblable à celle que nous avons décrite dans les kystes appendiculaires, mais ces bourgeons n'existaient qu'au niveau d'un endroit où la paroi était épaissie.

Dans la seconde pièce, nous avons reconnu à grand peine quelques bourgeons épithéliaux pavimenteux très rares.

Il faut donc retenir que, quoique les grands kystes présentent une structure semblable à celle des kystes appendiculaires, l'épithélium qui revêt leur surface interne présente des caractères moins tranchés à cause de l'aplatissement des cellules qui le forment et que les masses épithéliales contenues dans la paroi peuvent être très clairsemées et ne se rencontrer que dans des endroits déter-

minés. Remarquons, en outre, et ceci s'applique aux kystes appendiculaires et aux kystes dentifères, que les cellules épithéliales reposent directement sur le tissu embryonnaire ou muqueux sous-jacent et qu'elles présentent une tendance marquée à la dégénérescence graisseuse.

Comme on le voit, Eve s'est trompé en décrivant les kystes périostiques, comme dépourvus de revêtement épithélial.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Étiologie. — Les kystes uniloculaires se rencontrent le plus souvent chez des sujets adultes, de 20 à 40 ans.

On en trouve quelques cas chez de jeunes enfants ; ils sont exceptionnels chez le vieillard.

Les deux maxillaires n'en sont pas atteints avec une égale fréquence ; la mâchoire supérieure est bien plus souvent affectée que l'inférieure.

Ces tumeurs naissent de préférence au niveau des incisives, des canines et des prémolaires, rarement au niveau des molaires.

Dans les antécédents des malades porteurs d'un de ces kystes, nous trouvons toujours une mauvaise dentition. Depuis leur enfance souvent, ils souffrent des dents ; ils ont eu des fluxions, des abcès. Souvent ils présentent des cicatrices, vestiges de ces lésions anciennes.

L'obturation d'une dent incomplètement traitée peut donner lieu au développement d'un kyste resté jusque-là à l'état latent.

Dans quelques cas très rares, la lésion dentaire semble faire défaut.

La dentition est ou a été complète.

Pathogénie. — Dans notre chapitre d'historique, nous avons déjà eu à parler des théories émises pour expliquer la formation des kystes uniloculaires; nous nous contenterons de les rappeler ici, ne décrivant en détail que la théorie épithéliale.

Jusqu'à ces dernières années, la théorie périostique, émise par Magitot en 1860, était à peu près universellement adoptée.

Dans cette théorie, les kystes uniloculaires sont le résultat d'une inflammation lente du périoste alvéolo-dentaire.

Il y a production de liquide séreux, qui s'épanche entre la dent et sa membrane d'enveloppe.

Cette théorie est passible de nombreuses critiques :

Avec elle, les kystes qui ne sont pas en rapport direct avec une dent sont inadmissibles

Une deuxième objection est celle que lui a faite M. Verneuil : D'où naît l'épithélium qui revêt la face interne de ces kystes ?

À cela, Magitot a répondu :

« L'épithélium naît par genèse.

» Il provient d'une couche épithéliale existant entre le périoste et la dent.

» Il est le résultat d'une transformation de cellules épithéliales.»

Ces trois explications sont aussi inacceptables les unes que les autres. On sait, en effet, à l'heure actuelle, que la genèse des éléments anatomiques n'existe pas ; la transformation de cellules conjonctives en cellules épithéliales ne se rencontre nulle part ; enfin, aucun histologiste n'a rencontré l'épithélium que signale Magitot entre la dent et sa membrane enveloppante.

Une dernière objection, qui ruine la théorie périostique,

c'est qu'entre la dent et l'os il n'y a pas de périoste, mais un ligament ; c'est ce qu'ont établi les recherches de Ranvier, Aguilhon de Sarran, Malassez, etc.

Aguilhon de Sarran émit, en 1884, une hypothèse d'après laquelle les kystes du maxillaire se développeraient autour d'un corps étranger. Le rôle de corps étranger serait joué par les petits vaisseaux pulpaire. Après la gangrène de la pulpe, ces petits vaisseaux desséchés pendraient à l'extrémité de la racine à la manière des poils d'un pinceau. C'est Aguilhon de Sarran qui leur a donné la dénomination de radiculaires.

Dans cette théorie, on n'explique pas le revêtement épithélial des kystes ; ils devraient posséder un endothélium, qui alors dériverait directement du tissu conjonctif.

Pour Broca, les kystes prennent naissance dans l'organe de l'émail au moment de la formation des dents ; il les désigne sous le nom de kystes de la période embryoplastique.

Cette hypothèse se réfute par ce seul fait que jamais on n'a vu un follicule dentaire devenir kystique.

Gosselin fait naître les kystes par un processus d'ostéite, qui produirait dans les os des cavités remplies de liquide ; il l'appelle ostéite kystogénique. Il n'apporte aucune preuve à l'appui de sa thèse.

Pour Mikulicz, les kystes proviennent d'une inclusion fœtale ; ce sont des kystes dermoïdes.

Malassez réduit à néant cette théorie en montrant, comme fait normal, l'existence dans l'épaisseur des maxillaires et des gencives de débris épithéliaux.

Sa théorie, à l'heure actuelle, s'est substituée à toutes celles que nous venons d'énoncer. Il l'a exposée dans les *Archives de physiologie*. Nous en citerons les principaux passages.

Malassez nous montre qu'il existe, normalement, des amas épithéliaux autour de la racine des dents, chez l'homme adulte; que ces amas proviennent de diverses productions épithéliales qui se voient dans les gencives pendant la formation des dents lesquelles, au lieu de s'atrophier et de disparaître comme on le croyait, auraient persisté une fois la dentition achevée ».

Ce sont les débris paradentaires.

De ces débris épithéliaux, Malassez fait dériver les kystes uniloculaires, qu'il appelle, suivant leur développement, radiculo-dentaires ou uniloculaires proprement dits.

Nous reproduisons, ci-après, les lignes qu'il consacre à la pathogénie des petits kystes en rapport direct avec une dent. Après avoir réfuté l'hypothèse qui ferait naître les kystes d'un bourgeon épithélial venu de la gencive, il émet l'opinion que les kystes tirent leur origine de quelque production épithéliale de dentition :

« Or, ce pourrait être un de nos débris épithéliaux paradentaires ou bien un organe adamantin surnuméraire, ou encore quelque vestige de l'organe adamantin même de la dent malade. Comme ces productions ont entre elles de grandes analogies, admettre l'une ou l'autre comme point de départ des kystes constitue de simples variétés d'une même opinion; il me paraît utile cependant de les discuter, parce qu'elles n'ont pas toutes le même degré de vraisemblance et que cela précise mieux les idées. Supposer comme origine un reste d'organe adamantin contenant de l'épithélium, serait se baser sur un fait anatomique qui n'a pas été constaté, et qui, s'il existe, doit être très rare.

» Admettre que le kyste s'est produit à l'intérieur de quelque organe adamantin surnuméraire tout formé, produc-

tion qui, d'après ce que nous savons, devrait être de forme régulière et siéger à quelque distance des dents déjà existantes, serait rendre inexplicables la forme si irrégulière et le contact immédiat avec la dent de ces kystes à leur début. L'origine aux dépens d'un germe adamantin non développé ou de quelque autre débris épithélial paradentaire a, sur les autres, l'avantage de reposer sur un fait anatomique dûment constaté, et, comme nous allons le voir, de rendre compte de toutes les particularités de ces kystes radiculaires, malgré les différences assez notables qui existent entre eux et ces débris.

» La cavité kystique, avons-nous dit, apparaît d'habitude au contact immédiat de la dent ; les débris paradentaires touchant presque à la racine, on conçoit qu'il suffise d'une légère augmentation de volume pour qu'ils viennent se mettre au contact de la racine. Or, n'est-ce pas là ce que nous avons constaté dans les fongosités radiculaires contenant de l'épithélium ? Ne peut-on pas dire qu'ici aussi, les débris épithéliaux, après s'être hypertrophiés, sont venus s'appliquer contre la surface de la dent et y former une sorte de revêtement ? Mais il reste à expliquer pourquoi la cavité apparaît tout d'abord au contact immédiat de la dent, entre elle et l'épithélium. Pour cela, il faut encore faire un retour en arrière et nous reporter à ce que nous avons vu précédemment dans la gingivite expulsive. Dans la formation de la dent, nous savons que le bourgeon adamantin vient s'appliquer contre le bulbe dentaire et qu'il constitue plus tard un véritable revêtement épithélial à la dent néoformée ; puis, quand celle-ci est sur le point de sortir, la séparation se produit justement entre elle et son revêtement épithélial, ou plutôt entre celui-ci et son propre produit de sécrétion : l'émail, lequel fait

corps avec la dent et est entraîné avec elle. De même, dans la gingivite expulsive, où nous avons vu l'épithélium gingival, après s'être enfoncé le long de la racine sous forme de bourgeonnement, reprendre son type d'épithélium ou de revêtement, puis se séparer d'elle en laissant une cavité qu'il remplit de ses produits de sécrétion.

» Or, les débris paradentaires profonds que nous supposons être l'origine de nos kystes dérivent, en somme, de l'épithélium gingival et faisaient probablement partie, ainsi que nous l'avons vu dans mon précédent travail, des végétations épithéliales parties de l'organe adamantin. Il est donc tout naturel que ces débris, après s'être hypertrophiés, après avoir gagné la dent et s'être étalés à sa surface, s'en isolent en restant adhérents aux tissus alvéolo-dentaires ; ils ne font en cela qu'imiter leurs ancêtres : l'épithélium gingival et l'épithélium adamantin. Mais nous avons vu plus haut que des cavités kystiques pouvaient apparaître non plus à la surface de la dent, mais à quelque distance d'elle ; leurs revêtements épithéliaux étaient d'ailleurs en communication par l'intermédiaire de cordons épithéliaux pleins.

» Quoique cette disposition soit peut-être plus rare, il faut cependant l'expliquer. Or, pour cela, il est inutile de faire intervenir une autre origine que celle déjà admise. En effet, nous avons vu précédemment que les masses épithéliales des fongosités radiculaires ne se trouvent pas uniquement et complètement à la surface même de la dent ; une partie se trouve en pleine fongosité sous forme de cordons ou de masses épithéliales pleines. Nous pouvons donc supposer que la même disposition épithéliale a existé dans nos kystes, à leur début, puis, que les masses épithéliales pleines, ayant continué leur évolution typique, se sont disposées en revêtement et ont alors donné lieu

à une cavité kystique à leur intérieur, comme cela se voit dans les glandes et dans les kystes néogènes en voie de formation.

» Il n'y a pas lieu d'objecter ici que les débris paradentaires origine supposée de la néoformation kystique, sont d'origine adamantine et que l'épithélium adamantin n'est pas un épithélium de revêtement et ne doit pas avoir de tendance à former des kystes. Ainsi que nous l'avons déjà dit, on peut, au contraire, considérer cet épithélium comme un épithélium de revêtement glandulaire capable de donner lieu à un kyste, c'est d'ailleurs ce qui lui arrive quand, pour une cause ou une autre, une dent reste incluse dans le maxillaire.

» Il reste une dernière explication à donner : comment les débris paradentaires, qui n'ont aucun caractère épithélial spécial, arrivent-ils à produire des productions épithéliales aussi différenciées que le sont le revêtement et les cordons des kystes radiculaires, lesquels prennent le type malpighien et se rapprochent même du type adamantin ? Là encore, il suffit de faire appel à ce qui se passe à l'état normal dans les bourgeons adamantins, à l'état pathologique dans la gingivite expulsive. Dans ces deux cas, nous voyons, en effet, des bourgeons épithéliaux n'ayant également aucun type spécial à leur début, se différencier ensuite de plus en plus dans le sens malpighien et adamantin. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les débris épithéliaux paradentaires qui sont, en somme, de même origine ? Il est tout naturel, au contraire, d'admettre que le processus qui a amené l'hypertrophie de ces débris et leur disposition en revêtement a produit en même temps leur différenciation dans le sens malpighien ou adamantin ; en tout cela, ces débris ne font que reprendre les formes typiques qu'ils tiennent de leur origine gingivale

et de leur parenté adamantine, formes qui constituent, pourrait-on dire, leurs caractères de race et de famille. »

Dans ce qui précède, Malassez n'envisage que les cas où les kystes sont en rapport immédiat ou presque immédiat avec une dent. Il attribue aussi la même origine aux kystes qui n'ont pas de rapport direct avec les dents.

« A la place des diverses théories que je viens d'exposer au début de ce chapitre, il me paraît préférable d'admettre que ces kystes ont encore pour point de départ quelques débris épithéliaux paradentaires; seulement, ces débris, au lieu de se trouver au voisinage d'une racine de dent sortie, comme dans le cas de kyste radiculo-dentaire, ou bien au voisinage d'une dent incluse, plus ou moins bien formée, comme dans le cas de kystes dentifères et odontoplastiques, ces débris seraient à une distance telle de toute dent que les kystes qui en dérivent pourraient prendre tout leur développement sans jamais venir à leur contact.

» Nous savons, en effet, qu'il existe des débris épithéliaux siégeant assez loin des racines dentaires, en dehors même du ligament alvéolo-dentaire, dans les espaces médullaires voisins, et l'on conçoit qu'ils puissent être, eux aussi, le point de départ de kystes se développant plus ou moins loin des racines. Nous avons vu d'ailleurs des kystes radiculo-dentaires qui siégeaient à une très petite distance des racines; le cas de Vitalis nous montre un kyste plus éloigné et séparé par une couche conjonctive; celui de Mikuliez, un kyste plus éloigné encore, puis qu'il y a entre la racine et le kyste une couche osseuse en plus de la couche conjonctive.

» Et ces deux derniers kystes, celui de Mikuliez surtout, ne sont vraiment plus des kystes radiculo-dentaires, si ce ne sont pas encore des kystes uniloculaires types; un pas

de plus et nous avons des kystes uniloculaires parfaitement indépendants de toute dent.

» De plus, avec cette théorie, toutes les difficultés d'interprétation que nous avons rencontrées dans les autres, dans la théorie folliculaire en particulier, disparaissent immédiatement ; on comprend que des kystes uniloculaires puissent se produire chez des individus ayant ou ayant eu leurs dents au complet sans qu'il soit nécessaire d'admettre l'existence de follicules supplémentaires. On conçoit aussi que ces kystes puissent apparaître chez l'adulte sans qu'il faille faire remonter leur début à l'époque de la formation d'un follicule, c'est-à-dire à un âge bien peu avancé, quand le follicule supposé n'est pas celui d'une dent de sagesse. »

Avec cette théorie, enfin, on se rend mieux compte des formes intermédiaires qui existent entre ces divers kystes et des degrés de parenté que ces formes révèlent.

Ainsi, les formes intermédiaires que l'on peut rencontrer entre les kystes radiculo-dentaires et les kystes uniloculaires, comme nous en montrent les cas de Vitalis et de Mikuliez, portent à penser que les kystes uniloculaires, parfaitement indépendants de toute racine à leur début, peuvent, en se développant, venir au contact d'une racine, et, alors, de deux choses l'une, ou bien la paroi résisterait un certain temps tout au moins, et la racine s'userait comme dans le cas de Vitalis, ou bien, au contraire, la racine percerait la paroi kystique, comme la couronne d'une dent qui sort perce la gencive, et le kyste uniloculaire deviendrait facilement radiculo-dentaire.

Nous voici bien fixés sur l'origine du revêtement épithélial des kystes, sur les organes dans lesquels ces tumeurs se développent. Il nous reste à parler de la formation des parois et du contenu kystique.

Les parois sont toujours constituées aux dépens d'un tissu conjonctif de nouvelle formation ; elles sont analogues à celles des abcès.

Quant au contenu, il trouve son origine dans une irritation spéciale ou dans une infection microbienne particulière, cheminant en général par le canal dentaire, quelquefois par la voie gingivale.

Nous savons, en effet, que, sauf quelques cas exceptionnels, les kystes uniloculaires ont une origine dentaire bien démontrée. Les dents des sujets qui nous présentent une de ces tumeurs sont mauvaises. Une dent cariée correspond à la partie inférieure du kyste ; elle est, en général, profondément malade ; elle est réduite le plus souvent, à une racine à demi résorbée.

Dans quelques cas, l'infection n'a pas suivi le canal dentaire ; à la suite d'un traumatisme, une dent est ébranlée jusque dans sa racine (coup de poing, heurt contre un corps dur, extraction d'une dent voisine). Un kyste se déclare consécutivement ; l'infection a probablement eu lieu par la gencive.

Dans ces deux cas, carie ou choc, il y a eu avant l'éclosion du kyste une ou plusieurs poussées de périodontite.

Ce sont les micro-organismes, agents de cette dernière affection, que nous devons incriminer : staphylococcus, streptococcus, etc. Ces microbes, trouvant dans les débris paradentaires un terrain plus favorable à leur développement, y déterminent une inflammation lente, qui amène la prolifération des cellules épithéliales et la production du liquide kystique.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes que nous présentent les kystes uniloculaires sont bien différents, si nous les étudions alors qu'ils sont encore contenus dans l'alvéole ou lorsqu'ils font une saillie nettement appréciable au dehors.

Lorsqu'ils sont encore de faibles dimensions (d'un volume variant de celui d'une tête d'épingle en verre à celui d'une noisette), ils ne se manifestent à nous que par des signes bien vagues. Ils revêtent les allures d'une périodontite chronique ; ils ne sont guère diagnostiqués que quand on arrache la dent à laquelle ils se trouvent appendus. M. le docteur Pont nous en trace le tableau clinique de la façon suivante : « Il s'agit, en général, de dents dont la couronne est plus ou moins détruite par la carie. Leur racine est branlante. Elles présentent des signes de périostite chronique ; elles ont, à diverses reprises, subi des poussées aiguës de périostite. Ces poussées aiguës n'ont pas amené de gonflement notable des parties molles, mais, en revanche, la douleur qu'elles ont causée a été très intense.

» Lorsqu'on essaye de traiter ces dents-là, on constate un suintement continu par leurs canaux. Il est presque impossible de sécher ces canaux ; les mèches de coton montées sur équarrissoirs et introduites dans leur inté-

rieur sont presque toujours humides lorsqu'on les retire.»

Très souvent, l'affection ne progresse pas, tout se borne à ce que nous venons d'indiquer. D'autres fois, après avoir présenté ces symptômes de début, le kyste se développe lentement et donne naissance à une tuméfaction apparente. Dans beaucoup de cas, c'est seulement à ce moment-là que les malades s'aperçoivent de la tumeur dont ils sont porteurs, et cela est d'autant plus compréhensible que, souvent, l'augmentation de volume se produit sans aucune douleur.

Une fois la tumeur constituée, par quels symptômes se révèle-t-elle à nous ?

C'est, au début, une petite tuméfaction, visible dans le vestibule de la bouche, au niveau du sillon gingivo-labial. En s'accroissant, elle tend à faire saillie du côté de la joue et amène rapidement une asymétrie faciale.

L'aspect de la face varie suivant le siège de la tumeur.

Lorsque les kystes sont liés à des lésions des incisives, ils envahissent la fossette de même nom. La lèvre supérieure est alors relevée, l'aile du nez est déviée du côté de la saillie.

Les kystes des canines et des prémolaires occupent la fosse canine. La joue est soulevée à ce niveau-là.

Les kystes qui naissent des molaires s'étendent du côté du sinus ; ils ne se manifestent que par une légère déformation qui passe souvent inaperçue.

Ces tumeurs font presque toujours saillie du côté de la face externe du maxillaire, dans le vestibule de la bouche ; parfois, cependant, elles se développent simultanément du côté de la face externe et de la face interne de l'os. On a alors deux tuméfactions, une dans le sillon gingivo-labial, et une dans la voûte palatine. Les cas où la voûte palatine est seule atteinte sont très rares.

Le volume que nous présentent ces tumeurs dépasse rarement celui d'un œuf.

Les dents qui correspondent au kyste sont allongées, saillantes, déviées.

La muqueuse qui recouvre la tuméfaction est, en général, de coloration normale, on y rencontre cependant quelquefois de petites varicosités.

La palpation nous fait reconnaître une tumeur uniforme, arrondie, lisse, facile à délimiter avec les doigts. Les parties molles superficielles glissent facilement sur elle ; elle semble, au contraire, faire corps avec l'os.

En pressant sur un point de la tumeur, on perçoit souvent un bruit parcheminé ; il est dû à la coque osseuse, peu épaisse, qui constitue la paroi labiale de la tumeur, qui le produit en revenant sur elle-même. C'est la crépitation parcheminée de Dupuytren.

Ce signe a besoin d'être recherché avec soin ; il n'est, d'ailleurs, pas constant. Il manque lorsque la paroi osseuse n'est pas encore dépressible, ou lorsqu'elle est complètement usée.

• Dans ce dernier cas, on a constaté la fluctuation de la tumeur.

Parfois fluctuation et bruit parcheminé font tous les deux défaut ; la paroi du kyste s'est sclérosée.

Lorsque le diagnostic reste hésitant, une ponction exploratrice vient lever tous les doutes. On retire, en général, un liquide analogue à de la bière brune, louche, visqueux, à la surface duquel surnagent des gouttelettes de graisse.

Les kystes ne s'accompagnent presque jamais d'aucun trouble fonctionnel ; on a noté, dans beaucoup de cas, des douleurs névralgiques.

Ces kystes, nous l'avons déjà dit, progressent lente-

ment ; ils mettent, en général, des années pour atteindre leur développement complet.

Dans quelques cas rares, consécutifs à un traumatisme, après l'obturation intempestive d'une dent cariée, lorsqu'une infection secondaire vient se greffer sur la lésion première, la marche de la tumeur peut être très rapide.

Les kystes uniloculaires abandonnés à eux-mêmes n'ont aucune tendance à la résorption. Souvent, sous l'influence d'une poussée de périodontite, ils passent à l'état purulent et s'ouvrent alors spontanément.

Cette ouverture est bien plus souvent l'œuvre du chirurgien, qui la fait, soit pour éclairer son diagnostic, soit pour obtenir la guérison.

Une extraction dentaire donne quelquefois aussi issue au liquide kystique.

On est très surpris, après l'ouverture d'un kyste, de voir s'en échapper une quantité de liquide plus grande que ne le faisait soupçonner la saillie extérieure ; la tumeur s'étendait en profondeur du côté de l'os plus qu'on ne le croyait.

Lorsque le kyste s'est ouvert de lui-même ou consécutivement à une extraction dentaire, une fistule s'établit, souvent intarissable. Vient-elle à s'oblitérer, le kyste se reproduit souvent. Cette série de phénomènes peut avoir lieu plusieurs fois de suite.

La guérison spontanée est exceptionnelle, elle ne se produit que lorsque la plus grande partie des parois a été enlevée avec la dent malade.

Les récidives sont fréquentes, avons-nous dit, elles ont même quelquefois lieu après une opération qui paraissait radicale. Il est alors resté une petite portion de la première tumeur, ou bien un débris paradentaire voisin est devenu kystique.

Cette récurrence peut engendrer une tumeur analogue à la première; quelquefois c'est sous forme de tumeur maligne qu'elle se reproduit, et au lieu d'un kyste uniloculaire, on a un kyste multiloculaire, un épithélioma.

Cette dégénérescence kystique peut s'observer aussi dans les kystes en voie de développement.

Une tumeur kystique, présentant tous les signes d'un kyste uniloculaire bénin, revêt tout d'un coup les allures d'un épithélioma.

Ces complications possibles assombrissent le pronostic d'une affection qui, par elle-même, ne met pas les jours du malade en danger. Elles sont, heureusement assez rares.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Lorsqu'ils sont encore inclus dans l'épaisseur des maxillaires et qu'ils ne présentent pas de rapport direct avec une dent, les kystes uniloculaires ne peuvent pas être diagnostiqués. Leur diagnostic est encore très difficile à faire même lorsqu'ils se trouvent implantés sur une racine. Ils sont alors à peu près constamment confondus avec la périodontite chronique, dont ils présentent tous les signes. La dent malade est extraite et, au lieu de simple périodontite chronique, on trouve un petit kyste.

Kyste et périodontite se distinguent pourtant l'un de l'autre, en ce que cette dernière affection cède plus rapidement, au moins pour un certain temps, à un traitement antiseptique approprié. Dans le cas de kyste, le suintement continu qui se produit par le canal dentaire résiste à peu près à tous les traitements ; il est presque impossible de le tarir.

Le kyste a augmenté lentement de volume ; il forme, dans le sillon gingivo-labial, une tumeur lisse, arrondie, nettement délimitée, présentant la crépitation parcheminée et une fluctuation bien nette. Aucun doute n'est possible.

Plusieurs de ces signes peuvent faire défaut. La fluctuation et la crépitation parcheminée ne se perçoivent pas.

Le kyste peut alors être pris pour une tumeur solide. Une ponction exploratrice lèvera alors toutes les hésitations. Il peut se faire pourtant que le résultat de la ponction soit négatif, le contenu kystique étant très épais ; la mobilité dont jouit le trocart à l'intérieur de la tumeur nous sera un utile renseignement.

L'hydropisie du sinus se manifeste par les mêmes signes que les kystes qui envahissent secondairement cette cavité. Le diagnostic n'est souvent fait alors qu'au moment de l'opération ou même après examen microscopique.

L'absence de lésion dentaire à incriminer est, dans ce cas-là, une constatation précieuse.

La lenteur du développement de la tumeur, l'état normal des ganglions lymphatiques, la coloration et la sensibilité de la peau conservées, sont autant de signes qui différencient les kystes des tumeurs malignes.

Nous avons devant nous un kyste, tumeur bénigne. Est-ce un kyste simple ou un kyste dentifère ? L'âge peut nous donner quelques probabilités ; les kystes dentifères ne se rencontrent que de 6 à 30 ans. Si le sujet a dépassé 15 ans, le kyste dentifère siège toujours au niveau des dents troisièmes molaires ; il est alors dû à l'inclusion d'une de ces dents dites dents de sagesse.

La dentition trouvée complète à l'examen de la bouche, une ou plusieurs dents cariées implantées au niveau de la partie inférieure de la tumeur, sont pour nous des signes de quasi-certitude en faveur d'un kyste uniloculaire simple.

Le kyste peut, néanmoins, être dû alors à une dent hétérotopique. Souvent, dans les cas de kystes dentifères, en pratiquant la ponction exploratrice, le trocart heurte une dent implantée dans les parois ou libre dans la cavité.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement des kystes uniloculaires varie avec le mode de développement. Il est bien différent pour les petits kystes inclus dans l'alvéole et pour les gros kystes déformant la région gingivo-labiale.

Les petits kystes sont, en général, extraits avec les dents qui les portent.

Il est des cas où le malade, pour une raison quelconque, ne veut pas se soumettre à l'opération de l'avulsion de la dent incriminée. M. le docteur Pont a bien voulu nous communiquer un traitement qu'il emploie dans ces cas et qui lui a donné des succès. Je reproduis textuellement les lignes qu'il m'a adressées à ce sujet :

« 1° Placer la digue si c'est possible ; sinon, se mettre à l'abri de la salive au moyen de cylindres de coton ;

» 2° Passer dans le canal des mèches de coton jusqu'à ce qu'elles ressortent à peine humides ;

» 3° Introduire alors une mèche imbibée d'une solution d'iode iodurée en allant très profondément de façon à atteindre l'apex ou de s'en rapprocher le plus possible ;

» 4° Faire alors une séance de cataphorèse de dix minutes. Le pôle positif est appliqué sur la mèche de coton, à l'entrée du canal ; le pôle négatif est dans la main du sujet ».

Il faut agir prudemment, augmenter progressivement le courant, et lorsqu' on a atteint 2 milliampères, s'arrêter. Il ne faut jamais dépasser cette intensité.

Lorsque dix minutes se sont écoulées, retirer la mèche; la remplacer par une autre imbibée d'iode iodurée ou d'une essence quelconque. Recouvrir d'une obturation à la gutta.

Le lendemain, nouvelle séance de cataphorèse. On continue ainsi jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de suintement, c'est-à-dire jusqu'à ce que les mèches retirées soient complètement sèches.

M. Foulon (*Revue internationale d'odontologie*, 1892), recommande simplement d'appliquer le courant continu, et prétend ainsi amener la sclérose (induration) du kyste. Nous croyons qu'on aura de meilleurs résultats en pratiquant la cataphorèse iodique, qu'en faisant simplement l'électrisation de la poche.

Il faut toujours compléter l'action du courant par celle des antiseptiques. Ces médicaments agissent alors bien plus directement et bien plus profondément.

La méthode que nous proposons est certainement préférable à celle qui consiste à trépaner l'alvéole et à réséquer l'axe de la racine. Elle est beaucoup plus simple, sans danger, à la portée de tout le monde; les accidents et les complications ne sont pas à craindre. Il n'y a pas ici de plaie gingivale. Enfin, nous ferons accepter plus facilement à un malade une séance de cataphorèse que la trépanation d'une alvéole.

Nous ne parlerons pas du traitement qui consiste à faire des pansements antiseptiques fréquents, et à faire de la révulsion gingivale; chacun sait combien cette méthode est longue et infidèle.

Nous dirons simplement un mot de la réimplantation,

qui consiste à extraire la dent, à réséquer l'apex, à obturer le canal et la chambre pulpaire et à remettre la dent.

Cette méthode ne devra être employée que lorsque la cataphorèse aura échoué. Elle est plus rapide que la méthode que nous proposons, mais on n'est pas sûr de la réussite. Ce procédé a toujours donné d'excellents résultats à M. le docteur Pont, ainsi qu'en témoignent les quelques observations qu'il nous a adressées.

Il ne faut plus songer à employer de pareils moyens lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste complètement développé.

L'avulsion de la dent incriminée n'amène que bien rarement la guérison du kyste; il faut, pour cela, que la poche soit extraite en même temps. Une fistule et des récidives sont, en général, les conséquences de cette intervention.

L'évacuation du liquide par ponction aspiratrice n'a pas beaucoup de succès à son actif. Le liquide se reforme rapidement et souvent en plus grande quantité.

L'injection des liquides caustiques, après évacuation, n'est pas une méthode recommandable.

Le drainage, préconisé par Magitot, a été délaissé à cause des accidents qu'il a occasionnés.

Le seul traitement consiste en une intervention chirurgicale, ouvrant largement la cavité kystique; on décortique les parois de la poche, on curette les parties très adhérentes et on bourre la cavité de gaze antiseptique. C'est le traitement auquel se sont ralliés tous les chirurgiens, et que nous trouvons indiqué dans le *Traité de thérapeutique chirurgicale* de MM. les professeurs Forgue et Reclus (1): « On opère par la voie buccale; à la spatule ou la rugine, la muqueuse est incisée et décollée de façon

(1) Forgue et Reclus; *Traité de thérapeutique chirurgicale*

à découvrir la coque osseuse du kyste en sa face accessible ; un bistouri fort et de vigoureux ciseaux permettront d'exciser aisément la plus grande partie du couvercle osseux. Au besoin, si la coque résistait, on la ferait sauter au ciseau et au maillet. Il reste à tamponner de gaze iodoformée la cavité ainsi largement éventrée ; on retire ce tampon dans la huitaine ; la paroi granule et se cicatrise sans complications ».

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à M. le Dr Pont)

J. R..., 23 ans, couturière.

Bonne santé habituelle. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Bonne hygiène buccale. Pas de défaut d'articulation.

Caries 2° degré.

En outre, la 2° P. M. supérieure droite présente une carie du 4° degré. La face proximale est entièrement détruite, et il ne reste plus que la moitié antérieure de la couronne.

Signes de périostite il y a deux ans. Depuis lors, la malade aurait eu trois poussées de périostite aiguë, mais sans fluxion apparente.

La dent est toujours douloureuse, aussi la malade mange surtout du côté gauche et les dents voisines de la dent malade sont recouvertes de tartre.

Traitement. Premier jour.— On débarrassera le canal de toutes les matières étrangères qu'il contient. On le dessèche à l'air chaud et on passe des mèches de coton montées sur équarrissoirs. La quinzième mèche est encore humide. On soupçonne un kyste radiculaire et on fait un

pansement d'attente avec simplement de l'essence de girofle.

Troisième jour. — On enlève le pansement et on passe des mèches qui sortent toujours humides. La racine est un peu branlante. Séance de cataphorèse avec coton imbibé d'iode ioduré dans le canal et pôle négatif dans la dent et pôle positif dans la main. 10 minutes d'application et 2 milli-ampères. On renouvelle la mèche et on fait une obturation à la gutta.

Septième jour. — Presque plus de douleurs. Les mèches ressortent complètement sèches. Nouvelle séance de cataphorèse.

Douzième jour. — Guérison complète. Obturation du canal à la gutta et obturation temporaire au ciment.

OBSERVATION II

M. E. F..., 43 ans. Incisive latérale supérieure gauche. Mêmes symptômes, même traitement. Guérison.

OBSERVATION III

Mlle L. B..., 19 ans. Les deux incisives centrales inférieures branlantes, coloration grisâtre. Mêmes symptômes, même traitement. Guérison.

OBSERVATION IV

(Due à M. le professeur Forgue) (1)

Eugénie F..., âgée de 26 ans, épouse P... est entrée, le 31 août 1892, à l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de

(1) Forgue, in *Nouveau Montpellier médical*.

M. le professeur Tédénat que je suppléais. Ses antécédents héréditaires et personnels sont sans intérêt; la malade a été sujette à quelques fluxions dentaires; mais, en somme, sa dentition a normalement évolué. Onze mois auparavant la malade s'est aperçue que sa joue gauche se tuméfiait; elle a remarqué au niveau de la seconde prémolaire correspondante une petite grosseur, des dimensions d'une grande noisette, absolument indolore, qui ne gênait point la mastication. Il y a cinq mois, le médecin traitant a fait une ponction exploratrice avec le Dieulafoy et a retiré quelques cuillerées d'un liquide clair citrin, mélangé d'un peu de sang. Après cette ponction la tumeur grossit plus rapidement, sans douleur notable, et sans gêne fonctionnelle appréciable.

A l'entrée, la malade présente un soulèvement de la joue gauche, au niveau de la région sus-labiale, en avant et au-dessous du malaire: la peau a conservé ses caractères normaux. Le toucher par la bouche révèle, dans le sillon gingivo-jugal, une saillie faisant relief ovalaire sur toute la fosse canine, étendue jusqu'à la dernière grosse molaire, et du volume d'une grosse noix. La gencive est saine et la muqueuse qui recouvre la tumeur est nette: en avant la tumeur est dure au toucher, et ne laisse point percevoir une crépitation parcheminée; en arrière, au contraire, on sent que la coque osseuse usée s'affaisse et crépite sous le doigt, qui perçoit, à ce niveau, une véritable mollesse fluctuante du contenu. Quand la malade ouvre la bouche, on constate que la rainure gingivopalatine est soulevée, sur une étendue de près de cinq centimètres, par une tuméfaction comparable au volume d'une grosse amande verte: la muqueuse correspondante, jusqu'au delà de la ligne médiane, est hyperémiée, parcourue d'arborisations vasculaires; cette tuméfaction est

dépressible sous un solide appui du doigt et légèrement douloureuse. Pas de tuméfaction du côté de l'orbite, ni vers les fosses nasales. Pas d'ozène, pas de larmolement.

L'évolution lente et indolore de la tumeur, l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'intégrité parfaite de la santé générale, me firent écarter l'idée d'une néoplasie maligne ; la fluctuation nettement perçue au niveau de la partie postérieure, les résultats de la ponction précédemment pratiquée, me permirent d'affirmer le diagnostic de kyste probablement uniloculaire du maxillaire supérieur. Je voulus toutefois, avant l'opération, faire une nouvelle ponction d'épreuve : ce fut une ponction blanche qui n'amena rien, car l'aiguille de Potain était engouée. La malade commit l'imprudence de s'exposer à l'air aussitôt après : elle y gagna une belle fluxion dentaire, qui dura trois jours, et n'a probablement point été étrangère au travail inflammatoire qui se révèle dans les couches profondes de la muqueuse du kyste.

Opération, le 7 septembre. — La malade étant dans cet état d'« analgésie pré-anesthésique » que nous observons assez souvent dans l'éthérisation, j'incise sur une longueur de cinq centimètres la muqueuse buccale, au-dessus du rebord alvéolaire, et, à coups de rugine, je la décolle de la paroi osseuse sous-jacente. En avant avec la gouge, en arrière avec de forts ciseaux, je fais sauter ce couvercle osseux sur une étendue d'une pièce de deux francs environ. C'est assurément là le mode opératoire préférable, ainsi que nous l'avons écrit dans notre traité de thérapeutique chirurgicale.

Une sérosité citrine, mélangée à du sang, s'écoule : à coups de curette, je racle les parois profondes de la cavité kystique, qui me paraît répondre en dimensions à presque tout l'antre d'Highmore ; si bien que je me demandais

à ce moment, s'il ne s'agissait point d'une hydropisie du sinus maxillaire; et, en pareille occurrence, le microscope peut seul lever le doute en montrant, au lieu de l'épithélium cylindrique vibratile de la muqueuse du sinus, le revêtement épithélial du type adamantin qu'ont présenté les échantillons de cette paroi.

Après l'opération, la cavité kystique soigneusement lavée par irrigation fut tamponnée à la gaze iodoformée chiffonnée. Tous les jours, le même pansement est renouvelé: l'état aseptique de la cavité se maintient et les parois entrent en bourgeonnement. Le 17 septembre, la malade sort de l'hôpital. Je l'ai revue le 2 novembre: elle a continué le même pansement; la déformation faciale a disparu, le relief de la moitié gauche de la voûte palatine s'est très notablement aplani, et la cavité, siège d'un bourgeonnement de bon aloi, représente à peine le tiers de ses dimensions premières.

Deux échantillons de la muqueuse cavitaire ont été examinés par M. le professeur Kiener. Cette muqueuse est constituée par une couche de gros bourgeons charnus, recouverts d'épithélium et reposant sur un tissu fibreux.

Ce tissu fibreux est riche en vaisseaux et fortement infiltré de cellules rondes; il se continue sans démarcation avec le tissu des bourgeons charnus.

Ces bourgeons ont la structure ordinaire du tissu de granulation, sauf que les vaisseaux ont un fort calibre, un endothélium tuméfié, et sont pourvus d'une tunique adventice fibreuse. Leur tissu est fortement infiltré de leucocytes. On n'y distingue aucune trace de glandes.

L'épithélium a un aspect tout à fait particulier. Il se compose de cellules de forme très irrégulière et pourvues de prolongements par lesquels elles sont unies entre elles. Ces cellules sont disposées en couches multiples,

tantôt aplaties et parallèles à la surface, tantôt, au contraire, redressées et cylindroïdes. Elles forment un assemblage discontinu au sein duquel sont ménagées de nombreuses lumières. Entre les cellules épithéliales on distingue un grand nombre de cellules migratrices.

En résumé, cette structure se rapporte à une muqueuse profondément modifiée par l'inflammation chronique et dont la surface s'est disposée en bourgeons charnus ; ces bourgeons sont revêtus d'un épithélium présentant tous les caractères d'un épithélium adamantin.

OBSERVATION V (1)

Mlle B..., âgée de 41 ans 1/2, nous consulte au mois d'avril 1893 pour une tumeur de la mâchoire inférieure.

Depuis quelques années, la seconde dent prémolaire gauche lui faisait l'impression de s'élever de son alvéole et de s'allonger, mais la mâchoire était absolument normale ; depuis quelques mois seulement, la malade remarque au-dessous de cette dent une grosseur qui ne lui cause aucune douleur, et dont elle ne se préoccupe pas d'abord, mais dont elle désire se débarrasser parce qu'elle la voit augmenter rapidement pendant ces dernières semaines.

Mlle B... est issue d'une famille bien portante, n'a jamais été malade elle-même et elle n'a jamais beaucoup souffert des dents.

Examen le 12 avril 1893. — A la face externe de la mâchoire inférieure, on remarque une proéminence, grosse comme une noix et localisée dans la région des dents pré-molaires. Cette bosse, visible extérieurement, est recou-

(1) Kummer, in *Revue de médecine de la Suisse Romande*, 1893.

verte, dans la bouche, par la muqueuse gingivale d'aspect normal, mais qui présente à ce niveau une transparence bleuâtre au sommet de la bosse ; la consistance de la tumeur est fluctuante ; plus bas on sent une résistance osseuse ; la pression digitale est parfaitement indolore. En dehors de la grosseur, la mâchoire paraît parfaitement normale, sa face interne et son bord inférieur sont partout tout à fait libres.

De la canine inférieure gauche il ne reste qu'une racine cariée, il en est de même pour la seconde prémolaire, la première prémolaire paraît intacte, mais fortement proéminente, les deux premières molaires gauches sont normales, la dent de sagesse a été extraite. Les deux incisives latérales supérieures persistent sous forme de racines cariées qui seraient, au dire d'un dentiste, des restes de dents de lait.

Une ponction capillaire de la tumeur, faite à la place fluctuante, ramène un liquide jaune, très légèrement trouble, dans lequel le microscope fait constater des hématies, quelques corpuscules lymphoïdes, des granules de graisse, et beaucoup de cristaux de cholestérine.

Opération en avril 1893. — Préparations antiseptiques. Narcose au chloroforme ; renversement de la tête en arrière (position de Rose), écartement des lèvres. Incision longitudinale de la muqueuse gingivale sur toute la longueur du kyste ; après avoir ouvert celui-ci, on constate qu'il est tapissé intérieurement par une membrane rougeâtre, lâchement adhérente à l'os de la mâchoire, et facile à détacher de toute part. La mâchoire loge le kyste dans une cavité osseuse, au bord interne de laquelle sont implantées les dents, dont les racines ne sont visibles nulle part. La paroi externe de cette cavité est enlevée avec le ciseau et le marteau ; on extrait les racines cariées de la

canine inférieure gauche et de la seconde prémolaire, ainsi que la première dent prémolaire, proéminente, mais autrement bien conformée. Ces dents ne paraissent avoir aucune relation avec le kyste.

La plaie est bourrée de gaze iodéformée.

Suites. — La plaie guérit par granulation au bout de six semaines environ. Actuellement, Mlle B... est bien portante.

Examen histologique. — Pendant l'opération un petit morceau de la paroi du kyste avait été placé dans la solution de Flemming ; il fut ensuite durci à l'alcool, coupé au microtome après avoir été enfermé dans la celloïdine, coloré à la safranine, décoloré à l'acide chlorhydrique et examiné au baume de Canada.

Un autre morceau fut placé pendant l'opération dans la solution de Muller, où il fut conservé pendant deux mois environ, ensuite coupé au microtome à congélation ; les coupes furent colorées soit au picrocarmin, soit à l'hématoxyline éosinée, et examinées soit à la glycérine, soit au baume de Canada.

Un autre morceau fut durci à l'alcool, coupé dans la celloïdine et ensuite préparé comme le précédent.

Sur la coupe transversale de la paroi du kyste on distingue deux couches, l'une externe, large, formée de tissu conjonctif, l'autre interne, plus étroite, formée d'épithélium.

a. *Couche externe.* — Cette couche est composée d'un tissu conjonctif fibrillaire, riche en noyaux. La plupart des fibres sont disposées dans un plan parallèle à la surface du kyste, d'autres présentent une direction transversale ou oblique ; beaucoup de ces fibres sont très larges, même gonflées ; habituellement elles sont réunies en faisceaux pouvant atteindre un diamètre transversal de 67 μ . ;

ces faisceaux sont entourés d'un réseau de petites cellules aplaties et allongées. Les noyaux de la couche externe sont contenus dans des cellules de forme et de grandeur variables. Les unes sont de petites cellules rondes, ressemblant en tous points aux cellules fixes du tissu conjonctif; les autres, en plus grand nombre, sont des cellules fusiformes et étoilées, remarquables par leur grandeur et la longueur de leurs prolongements. Les noyaux, ronds ou ovales, se colorent en bleu foncé par l'hématoxiline; dans des coupes préparées *ad hoc*, on rencontre un certain nombre de figures karyokinétiques, des noyaux composés de filaments ondulés de chromatine en disposition radiaire. Les espaces limités par les ramifications de ces cellules paraissent comme vides par place, ou contiennent une substance transparente légèrement ponctuée. Dans toute cette couche externe se remarquent de nombreux vaisseaux sanguins et des capillaires souvent fortement dilatés. Beaucoup de noyaux des cellules endothéliales des capillaires présentent des figures karyokinétiques. La majorité des capillaires regorgent de sang, qui se trouve en outre répandu par place dans les mailles du tissu conjonctif. La partie moyenne et externe de la couche conjonctive est criblée de nombreuses fentes disposées dans tous les sens. Ces fentes sont bordées par du tissu connectif fibrillaire, quelquefois elles sont revêtues par de petites cellules aplaties qui n'ont pas de caractère épithélial. Ces fentes, quoique contenant par places des corpuscules de sang, n'ont de communication ni avec les vaisseaux sanguins ni avec les capillaires, et nous sommes portés à les considérer comme des fentes lymphatiques.

b. *Couche interne.* — Elle est composée de cellules épithéliales stratifiées; nous en avons compté en moyenne

cinq à six rangées superposées, à certains endroits trois à quatre, à d'autres jusqu'à dix. Cette couche forme une bande ondulée, de largeur inégale, et variant de 30 à 125 μ . Les ondulations accusent par place des proéminences en forme de papilles ; ces dernières ne rappellent, du reste, en aucune façon, les papilles de la peau. En effet, tandis que les papilles cutanées sont formées par le tissu conjonctif et recouvertes par une couche épithéliale, qui remplit les espaces interpapillaires, dans notre kyste les papilles sont formées par la couche épithéliale seule. Une membrane basale qui séparerait la couche épithéliale de la couche conjonctive n'a pas été remarquée. La forme des cellules épithéliales varie dans les différentes rangées, les plus externes ont une forme cubique, même un peu cylindrique ; à mesure que nous examinons des couches plus internes, les cellules s'aplatissent si bien que, sur la dernière rangée, elles sont franchement plates et se distinguent encore des cellules externes par le fait qu'elles ont absorbé moins de liquide colorant ; à mesure que l'on avance vers les rangées internes, les cellules épithéliales paraissent plus grandes, leur diamètre longitudinal mesure jusqu'à 18 μ . ; elles paraissent comme gonflées, et, par place, ces cellules ne présentent plus de noyaux.

En résumé, nous avons affaire à un kyste caractérisé par un contenu liquide, et par une paroi à revêtement épithélial présentant les caractères de l'épiderme.

Ce kyste n'a pas de rapports directs avec les dents.

OBSERVATIONS VI ÉT VII (1)

Albarran a publié, dans la *Revue de Chirurgie* de 1888, deux cas de kystes uniloculaires, dont il a examiné microscopiquement les parois. C'est d'après cet examen qu'il a tracé la description anatomo-pathologique du kyste uniloculaire, description que nous avons citée, en outre, dans le cours de ce travail.

(1) Albarran, In *Revue de chirurgie*, 1888, p. 747-751.

CONCLUSIONS

1° Les kystes des maxillaires à une seule loge ne contenant ni dents ni rudiments de dents, qu'ils soient en rapport direct ou non avec une racine, ne forment qu'une seule et même espèce de tumeurs, désignées sous le nom de kystes uniloculaires simples des mâchoires.

2° Ces kystes naissent toujours dans un de ces amas épithéliaux que Malassez a décrits autour des racines et qu'il désigne sous le nom de débris épithéliaux paradentaires.

3° Le développement de ces tumeurs se fait par prolifération de ces masses épithéliales sous l'influence d'une irritation spéciale ou plutôt d'une infection microbienne particulière ayant cheminé par le canal dentaire, exceptionnellement par la voie gingivale (Cruet, Bonnet.)

4° Le traitement varie suivant la période d'évolution à laquelle on les observe. Tout à fait au début l'application des antiseptiques au moyen de la cataphorèse donne de bons résultats ; lorsqu'au contraire les kystes ont acquis un certain volume et constituent une déformation apparente, il faut en faire l'ablation en décortiquant aussi parfaitement que possible les parois de la poche.

BIBLIOGRAPHIE

- SCULTET. — Armentarium chirurgicum, 1634.
- J.-L. PETIT. — Maladies des os, 1723.
- RUNGE. — Thèses chirurgicales de Haller, 1733.
- BORDENAVE. — Mémoire de l'Académie royale de chirurgie, 1768.
- JOURDAIN. — Traité des maladies réellement chirurgicales de la bouche, 1778.
- DUVAL. — Journal de médecine de Sédillot, 1812.
- DELPECH. — Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales, 1816.
- SERRES. — Essai sur l'anatomie et physiologie des dents, 1817.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1818.
- LOMBARD. — Thèse de Montpellier, 1836.
- DUPUYTREN. — Leçons orales, 1839.
- DIDAY. — Thèse de concours sur les maladies des os de la face, 1839.
- FORGET. — Recherches sur les kystes des os maxillaires. Thèse de doctorat, Paris, 1840.
- SZOKALSKI. — Bulletin de la Société pratique de Paris, 1844.
- GUIBOU. — Union médicale, 1847.
- FERGUSON. — Lancet, 1850.
- FORGET. — Société de chirurgie, tome III, 1853.
- HÉRISSANT. — Nouvelles recherches sur la formation de l'émail et sur celle des gencives, 1854.
- EUG. NÉLATON. — Kyste dentaire des maxillaires supérieurs. In Bull. soc. anat., 1856.
- DUCHAUSSEY. — Les kystes des mâchoires. Th. de concours, 1857.
- OTHON VITALIS. — Bulletin de la Société anatomique, 1858.
- FISCHER (d'Ulm). — Wurtemb. Zeitschrift. Wundarzte. Heft 3, 1859.

- CHASSAIGNAC. — Bulletin de la Soc. de chirurgie, 16 mars 1859.
- MAGITOT. — Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, 1860.
- PAGET. — Cystic disease of the lower jaw's, in Lancet, 1861.
- KÖLLIKER. — Gewerbelehre, 1863.
- GOSSELIN. — Gaz. des Hôpitaux, 1864.
- DOLBEAU. — Gaz. des Hôpitaux, 1865.
- COLEMAN. — Transact. of odontol. Society, 1865.
- ANCELET. — Gaz. des Hôpitaux, 1869.
- BROCA. — Traité des tumeurs, 1869.
- MAGITOT. — Essai sur la pathogénie des kystes et des abcès des mâchoires, in Gaz. des Hôpitaux, 1869.
- GIRALDÈS. — Société de chirurgie, 1872.
- BARBAT. — Essai sur la pathogénie des kystes des mâchoires. Th. doct. de Paris, 1872.
- FOLLIN. — Pathologie externe, 1872.
- GUYON. — Dictionnaire encyclopédique, art. maxillaire, 1872.
- MAGITOT. — Mémoire sur les kystes des mâchoires, in Arch. gén. de méd., 1872-1873.
- LEGROS et MAGITOT. — Recherches sur l'évolution du follicule dentaire, 1873.
- RAYNAUD. — Th. de doct., Paris, 1873.
- DOLBEAU. — Tribune médicale, janvier 1874.
- LEBERT. — Dict. encycl. des sciences médicales. Art. kyste.
- AUBERTIN. — Th. doct., Paris, 1874.
- VERNEUIL. — Progrès médical, 1874.
- AUDIBERT. — Essai sur les kystes dentaires. Th. doct., Paris, 1874.
- BROESKE. — Zur Casuistic der Cystöme, 1874.
- DESPRÈS. — Dict. de médecine et de chirurgie pratiques, art. mâchoire.
- MOURLON. — Gaz. des Hôpitaux, 1874.
- KRUSE. — Virch. Arch. CXXIV, 1874.
- VERNEUIL. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1875.
- JACQUELIN. — Th. de doct., 1875.
- RECLUS. — Progrès médical, 1876.
- MIKULIEZ. — Wien. med. Woch., 1876.
- KOLACZCK. — Langenb. Arch., XXI, 1877.
- DUPLAY. — Progrès médical, 1878.

- CHIRON. — Thèse doct., 1878.
- FORGET. — Société de chirurgie, 1878.
- GOSSELIN. — Kystes des maxillaires, in Cliniques chirurgicales, 1879.
- BÜCHTEMANN. — *Langenb. Arch.*, XXVI, 1881.
- CHARVOT. — Etude clinique sur les kystes périostiques de la mâchoire supérieure, in *Arch. gén. de méd.*, 1881.
- EVE. — *Brit. Journ. of. dent. science*, 1883.
- EVE. — *Brit. med. journ.*, 1883.
- BAYER. — *Prag. med. Woch.*, 1884.
- AUSSENAC. — Kystes du maxill. inf. Thèse de Montpellier, 1884.
- AGUILHON DE SARRAN. — Bulletin de la Société de biologie, 1884.
- NEPVEU. — Société de biologie, 1884.
- FALKSON. — *Wirsch. Arch.*, 1885.
- ERZEBACKY. — *Zeitschrifte f. Heilkunde* VI, 1885.
- MALASSEZ. — Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires, in *Arch. de physiologie*, 1885.
- BERNAYS. — *New-York med. Rec.*, vol. 28, 1885.
- MALASSEZ. — *Archives de médecine*, 1885.
- DAVID. — Pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes, in *Odontologie*, 1886-1887.
- MAGITOT. — Du drainage métallique à faible diamètre dans le traitement des kystes des mâchoires. In *Congrès français de chirurgie*, 1886.
- GALIPPE. — *Journal des connaissances médicales*, 1886-1887.
- LAFORESTERIE. — Thèse de Paris, 1886.
- ERICHSEN. — *Science and art of Surgery*, vol. II, 1888.
- ALBARRAN. — Kystes des mâchoires, anatomie pathologique, pathogénie et quelques points de clinique, in *Revue de chirurgie*, 1888.
- KÖNIG. — *Lehrbuch der spec. Chirurgie*, Bd. I, 1889.
- ALBERT. — *Lehrbuch der Chirurgie*, Bd. I, 1890.
- COLLAUD. — Le ligament alvéolo-dentaire. Th. de Genève, 1890.
- BOUVET. — Pathogénie des kystes des mâchoires (variété radiculodentaire). Th. de Paris, 1881.
- HEYDENREICH. — Kystes uniloculaires. In *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, 1891.
- KUMMER. — *Arch. provinciales de chirurgie*, 1892.

PARTSCH. — Ueber Riefercysten. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilkunde, 1892.

FORGUE. — Observation d'un kyste uniloculaire simple du maxillaire sup., in Nouveau Montpellier médical, 1893.

KUMMER. — Revue médicale de la Suisse Romande, août et novembre 1893.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 20 octobre 1899.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 19 octobre 1899.

P. le Doyen :
L'assesseur délégué :
HAMELIN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
